

Was interessiert Sie an der Medizingeschichte und dem Gesundheitswesen?

«Im Laufe des 20. Jahrhunderts ist für die Bürgerinnen und Bürger die Gesundheit ein Instrument des sozialen Zusammenhalts geworden und ist ebenso wichtig wie die Landesfahne, die Grenzen und die Währung. Es ist für mich wichtig, den Empfängern und Erbringern von Gesundheitsleistungen ihren Status als Anspruchsberechtigte für

Pflege und entsprechendes Wissen zurückzugeben.»

Haben Sie den Eindruck, dass die Resultate der Medizinforschung zur Verbesserung im Gesundheitswesen beitragen können?

Im Vergleich zu Europa ist unser schweizerisches Gesundheitssystem teuer. Es hat aber den Einbezug der medizinischen Forschung und technischen

Fortschritte zugunsten der Mehrheit der Patienten möglich gemacht. Als Historiker steht es mir nicht zu, als Richter über diese Fortschritte und deren Kosten aufzutreten. Jedoch möchte ich die getroffenen Entscheide oder Nicht-Entscheide unseres Gesundheitssystems hervorheben, das ich trotz allem als Bürger und potenzieller «Kranker» als qualitativ hochstehend erachte und schätze.»

Krankenversicherung und Vergütung der zahnärztlichen Leistungen

I: Die Debatten der 60er/70er-Jahre

Die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen hat eine lange Geschichte. Das erste schweizerische Krankenversicherungsgesetz (KUVG 1911, Inkrafttreten 1914) sah das Rückvergütungsprinzip nicht vor. Im Rahmen globaler Überlegungen, welche vor allem Aspekte der Krankenversicherung betreffen, ist das Rückvergütungsprinzip seit dem 20. Jahrhundert infrage gestellt. Nach einer ersten Teilrevision im Jahre 1964 wurden zwischen 1967 und 1984 tatsächlich nicht weniger als drei Gesetzesrevisionen durch die vom Bundesrat beauftragten Kommissionen unternommen. Diese wurden während der Parlamentsverhandlungen geändert, ergänzt und anschliessend einer Volksabstimmung unterworfen.

Thierry Delessert, in Zusammenarbeit mit Vincent Barras (Fotos: iStockphoto)

Diese Veränderungsvorschläge betreffen vor allem das Finanzierungsverfahren des schweizerischen Gesundheitssystems, die Erhöhung des Leistungskatalogs, die Mutterschaft und den Lohnausfall sowie den Vorschlag, ob die Versicherung obligatorisch sein sollte. Die Frage der Kostenübernahme zahnärztlicher Leistungen durch die Krankenkassen entstand in den Siebzigerjahren, bevor diese teilweise endlich in das aktuelle Krankenversicherungsgesetz integriert wurden. In diesem Artikel schildern wir die zwei Jahrzehnte, in denen diese Frage auf Bundesebene während der parlamentarischen Sitzungen und hinter den Kulissen des Bundeshauses verhandelt wurde.

1974: Sollen die zahnärztlichen Leistungen in die Bundesverfassung aufgenommen werden?

Der Doppelvorschlag (eine Volksinitiative und das Gegenprojekt des Bundesrates) für eine Änderung des Artikels 34 der Bundesverfassung betreffend das Krankenversicherungsgesetz¹ wurde am 8. Dezember 1974 von 41% der Schweizer Bürger und von allen Kantonen abgelehnt. Der erste Vorschlag ist eine Ende 1968 von den Sozialdemokraten lancierte Initiative, die eine bessere Krankenversicherung verlangt. Diese wurde mit 1 010 103 Nein- gegen 384 155 Ja-Stimmen abge-

lehnt. Die acht Abschnitte des der Abstimmung unterworfenen Gesetzestextes sehen eine erweiterte obligatorische Versicherung der ärztlichen und pharmazeutischen Leistungen (Konsultationskosten beim Arzt oder zu Hause, Spitalkosten, chirurgische Eingriffe und Zahnbehandlungen) gemäss einem durch den Gesetzgeber vorbestimmten Tarif vor. Im Weiteren sind Krankheiten von langer Dauer und Entbindungen komplett durch die Krankenkassen getragen, und die Leistung bei Lohnausfall des Arbeitnehmers beträgt 80% des letzten erhaltenen Lohnes. Und zuletzt wird die individuelle Prämie aufgegeben, zugunsten eines paritätischen Beitrages zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern, ungefähr geschätzt auf 3–4% gemäss AHV-Modell.²

Das Gegenprojekt des Gesetzgebers, abgelehnt mit 883 179 Nein- gegen 457 923 Ja-Stimmen, stimmt mit der sozialistischen Initiative in den Fragen der paritätischen Beiträge über die Löhne und die obligatorische Krankenversicherung überein. Die Versicherung ist jedoch nur für die Spitalbehandlungen sowie die lange dauernden kostspieligen Behandlungen (hohes Risiko) obligatorisch. Der paritätische Beitrag ist auf die Hälfte reduziert. Die Untersuchungen und die ambulanten Behandlungen werden unter dem fakultativen individuellen Prämienprinzip, unterstützt durch

die Kantone und Bundesbeiträge, beibehalten.³ Die Finanzierungsart durch Beiträge, getragen durch die Arbeitgeber, bricht mit der schweizerischen Besonderheit der Versicherungsprämien und bringt die Bundesverwaltung den in den benachbarten Ländern eingeführten Versicherungsmodellen näher. Tatsächlich inspiriert sich dieses Muster grösstenteils an demjenigen von Deutschland, seit 1889 angenommen durch den Reichskanzler Otto von Bismarck (1815–1898), und nach 1945 auf die Bundesrepublik Deutschland erweitert. Das Bismarcksche Modell basiert auf der Garantie einer Leistungsgesamtheit und dem Korporatismus zwischen Krankenkassen, öffentlichen Behörden und Arbeitgebern. Es ist grösstenteils inspiriert durch die Entwicklungen der Wohlfahrtsstaaten Österreich, Frankreich und Italien der Nachkriegszeit.⁴

Das Gegenprojekt sieht den Einbezug der zahnärztlichen Leistungen in den Leistungskatalog für hohe Risiken der Krankenkassen vor: Der Bundesrat ist der Ansicht: «Nun sind auch wir der Meinung, dass in einer neugestalteten Krankenversi-



Bei der Reformdebatte um die Vergütung zahnärztlicher Leistungen wurden auch Elemente des Versicherungsmodells des deutschen Reichskanzlers Otto von Bismarck diskutiert.

cherung die Zahnbehandlung – wegen ihrer grossen gesundheitlichen Bedeutung und ihrer finanziellen Belastung für den Einzelnen – versicherbar sein sollte.»⁵ Allerdings unterscheiden sich die Kostenübernahmen merklich zwischen den beiden zur Abstimmung unterbreiteten Vorlagen. Die Volksinitiative verlangte den Einbezug aller Zahnbehandlungen in die Sozialversicherung. Die Bundesbehörden ihrerseits sind der Ansicht, ein solches System würde die Bürger ihrer Verantwortung entziehen und würde das Solidaritätsprinzip überstrapazieren, was zu einem Überkonsum von Pflegeleistungen und zu einer Explosion der Krankenkassenkosten führen könnte. Der Bundesrat schliesst sich den Ergebnissen der *Ad-hoc*-Expertenkommission – als «Flimsvorlage» bekannt – an. Er unterscheidet die «guten Risiken», also diejenigen, die ihre Zähne pflegen, von den «schlechten Risiken», also diejenigen, die die Mundhygiene vernachlässigen. Die Expertenkommission empfiehlt deshalb, dass allein die Zahnchirurgie und die analogen Massnahmen sowie die Prophylaxeuntersuchungen Teil der obligatorischen Leistungen sein sollten. Betreffend die Prothesen und die Zahnerhaltungsbehandlungen wird, gemäss bestimmten Bedingungen und bis zu einem vorbestimmten Betrag, ein fakultativer Bereich Spezialversicherung vorgeschlagen.⁶

Die Übernahme der zahnärztlichen Leistungen kündigte eine helvetische Annäherung an die in den meisten europäischen Ländern gültigen Bestimmungen an. Eine Deckung der Leistungen innerhalb gewisser Grenzen sieht, in Übereinstimmung mit der Konvention 130 der Internationalen Arbeitskonferenz, ihre Gleichstellung mit medizinischen Behandlungen vor. Dennoch beschränkte sich die Expertenkommission nicht darauf, dieses Prinzip gutzuheissen. Sie fasst einen auf bestimmte Behandlungen begrenzten Leistungskatalog, als Kompromiss zwischen den Argumenten der sozialen Gleichstellung, der Förderung der Prophylaxe, der Eindämmung eines möglichen Überkonsums von Leistungen und der Gefahr eines Zahnärztemangels infolge Andrangs neuer Patienten. Deshalb werden von der allgemeinen Versicherung lediglich eine jährliche Zahnkontrolle, inklusive Zahnsteinentfernung und professionelle Reinigung, Röntgenaufnahmen und ähnliche Massnahmen sowie Zahnchirurgie, Behandlung der Weichteile der Mundhöhle und die von einem Zahnarzt verschriebenen Medikamente übernommen. Zum nichtobligatorischen Anteil gehören die zahnerhaltenden Behandlungen, d. h. Füllungen, Wurzelbehandlungen und Prothesen. Die Finanzierung ist durch die individuellen Prämien abgesichert, mit Unterstützung durch Bundessubventionen abgesichert. Im Falle einer Nachlässigkeit, z. B. wenn ein Zahnarzt nach einer jährlichen Kontrolle feststellt, dass die Mund-



Abstimmung: Zahnbehandlungen in die soziale Krankenversicherung?

pflege mangelhaft ist, können die Selbstbehalte bis zur Überwälzung der kompletten Kosten zulasten der Versicherten gehen. Schliesslich ist die Kieferorthopädie sowohl von den obligatorischen als auch den nichtobligatorischen Leistungen ausgeschlossen. Begründet wird dies damit, dass die Notwendigkeit einer solchen Behandlung grösstenteils von den persönlichen ästhetischen Wünschen abhängt.

Gegen eine Leistungsbeschränkung

Nach Meinung der Bundesbehörden erfüllt die «Flimsvorlage» die Forderungen zweier parlamentarischer Anträge: Die vom St. Galler Ständerat Paul Hofmann, CVP, eingereichte Motion, dass die schweren Zahnerkrankungen den anderen Krankheiten gleichgestellt werden sollen, sowie der Antrag vom Thurgauer Nationalrat Wilfried Naegeli, SD, welcher für die zahnärztlichen Leistungen eine getrennte Versicherung empfiehlt. Der letzte Antrag ist nicht neu und bestätigt nur eine bereits in Kraft getretene Praxis. Einige Versicherungsgesellschaften und Krankenkassen offerierten ihren Patienten schon solche Garantien. Die Schweizerische Zahnärztesgesellschaft SSO (Société suisse d'odontostomatologie) beauftragte eine Kommission, welche die Auswirkungen dieser Vorstösse studieren und einige Grundsätze formulieren sollte, deren Prinzipien schon im März 1967 gutgeheis-

sen worden waren. Diese beruhen im Wesentlichen auf der freien Wahl des Zahnarztes und der therapeutischen Verfahren. Die Kommission lehnt die vorgegebene Tarifierung ab und sieht – unter dem Druck der Krankenkassen – von einer Reduktion der Qualität der zahnärztlichen Leistungen ab. Zudem fordert sie weitreichende Prophylaxiemassnahmen für die ganze Bevölkerung.⁷ Slogans wie «alle Versicherungen untergraben indirekt die Prophylaxe» oder «Zahnerkrankungen sind nicht mehr versicherbar»⁸ werden laut. Die Zahnhygiene und die Ergebnisse der Kampagnen für die Kariesprophylaxe, welche in den letzten Jahrzehnten durchgeführt wurden (Schulzahnpflege, Ernährungsberatung und Zahnhygiene, Information, Jahreskontrollen), werden zur Speerspitze der Kampagne gegen die Erweiterung der obligatorischen oder nichtobligatorischen Versicherungsdeckungen. Gestärkt durch diese Argumente begibt sich die SSO anlässlich der parlamentarischen Debatten über die Volksinitiative und das Gegenprojekt in die Wandelhallen des Bundeshauses, um ihre Gesichtspunkte direkt bei den Parlamentariern geltend zu machen.

Im Verlaufe der Ständeratsdebatten im September 1973 übernimmt SR Hofmann, Berichterstatter der vorparlamentarischen Kommission, seinerseits das Szenario einer unkontrollierbaren Kostenexplosion im Falle eines Einbezuges aller zahnärzt-

lichen Leistungen in die Krankenversicherung. Er weist auf die Ungerechtigkeit gegenüber den anderen Beitragspflichtigen hin, die wegen ihrem guten Hygiene- und Prophylaxeverhalten weniger Leistungen benötigen. Des Weiteren weist er auf die Existenz einer Vereinigung der Ärzte, Spitäler und Zahnärzte, *Allianz* genannt, hin, welche ihre Vorschläge, wie auch die Expertenkommission, kurz vor der ersten parlamentarischen Kommissions-sitzung öffentlich vorgestellt hat. Einige Vorschläge der *Allianz* werden daraufhin in den neuen, dem Ständerat vorgestellten Kompromiss einbezogen. Der Zahnarzt und FDP-Ständerat Othmar Andermatt, ZG, macht sich zum Wortführer der *Allianz*-Interessen. Er gibt an, dass diese die Initiative der Sozialisten wie auch das Gegenprojekt des Bundes ablehnt, da beide Initiativen dazu neigen, Einheitstarife und eine striktere Leistungsplanung zu erlassen. Im Namen der individuellen Freiheit als Gegensatz zu einem staatlichen System verteidigen die Verbände der Ärzte (FMH), der Spitäler (VESKA) und der Zahnärzte (SSO) das Prinzip der Beibehaltung der individuellen Versicherungsprämie sowie des freien Wettbewerbes unter den Leistungserbringern. Damit die Beiträge erschwinglich gehalten werden, würden hingegen die Bundes-

beiträge durch einen Arbeitnehmerbeitrag von weniger als 1% finanziert. Bezüglich der zahnärztlichen Leistungen schätzt die *Allianz*, gemäss Andermatt, dass 98% der Bevölkerung an Zahnproblemen – in Wirklichkeit mangelnde Hygiene – leiden und dass diese Patienten nicht als gute Risiken betrachtet werden können. In diesem Punkt ist sich die *Allianz* mit den Schlussfolgerungen der SSO betreffend den Zusammenhang zwischen mangelnder Mundhygiene und erhöhtem Zuckerkonsum mit der Karies einig. Andermatt schliesst sich der Vorlage der Leistungsunterscheidung – Kostenübernahme gemäss «Flimsvorlage» – an. Er kämpft aber für eine stärkere Leistungsbeschränkung.⁹

Mittelsmänner und politische Kulissen

Dieses parlamentarische Lobbying gegen eine tiefgreifende Revision der Krankenkassen vertritt die seit Ende 1967 durch die Bundesbehörden bekannten Standpunkte. Die sozialistische Initiative ist nur der Höhepunkt einer Reihe von Revisionsanträgen, herausgegeben von der Schweizerischen christlichen Gewerkschaftskonferenz, dem Schweizerischen Invalidenverband und der AHV- und IV-Bundeskommisionen, sowie die Verände-

rung der kantonalen waadtländischen Initiative, welche die Einführung einer obligatorischen Krankenkasse auf Bundesebene verlangt. Aus den Antworten auf einen Fragebogen, welcher vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) an die wirtschaftlichen, politischen und Gesundheitsverbände und die Kantone verteilt wurde, ergibt sich, dass diese sich mehrheitlich zugunsten einer Revision aussprechen, ebenso wie die Krankenkassen, die sozialdemokratische und die christlich-demokratische Partei sowie der Landesring der Unabhängigen, die Gewerkschaften und die sozialpolitischen Organe. Ihre Argumente beziehen sich auf die im Laufe der 60er- und 70er-Jahre festgestellte Kostenexplosion, auf die ungenügende Deckung der Versicherten gegen die hohen Risiken, auf die Notwendigkeit einer obligatorischen Versicherung sowie auf das Fehlen einer Koordination zwischen den Leistungserbringern und der Einheitstarifizierung.

Strikt dagegen sind jedoch die Kantone der Ostschweiz, Bern und der Westschweiz, die FMH, die VESKA, die SSO, die FDP, die ehemalige BGB, die SD sowie die Gesamtheit der Arbeitgeberverbände. Ihre Allianz beruht in erster Linie auf der Ablehnung der Einführung einer obligatorischen



Mit Verweis auf die erfolgreiche Kariesprävention lobbyiert die SSO in den Wandelhallen des Bundeshauses gegen den Ausbau der Krankenversicherungsleistungen.

Versicherung und auf der Forderung nach der Beibehaltung der Finanzierung durch die individuellen Prämien oder der Einführung eines Selbstbehaltssystems, welches die befürchteten übermässigen Leistungsansprüche seitens der Patienten bremsen soll.¹⁰ Die SSO, die nicht direkt durch das EDI befragt wurde, lässt ihre Antworten durch die Konferenz der Freien Berufe einfließen. Die SSO ist aus Prinzip gegen eine allgemeine obligatorische Versicherung. Ihr Argument ist die Gefahr einer Senkung der Leistungsqualität im Falle einer staatlichen Tariffestsetzung. Als repräsentatives Organ der Arbeitgeber ist sie auch gegen die sozialparitätischen Beiträge. Generell kämpft die SSO gegen die Ausbreitung der Karies und für die freie Berufsausübung. Im Allgemeinen und in Übereinstimmung mit den Gesichtspunkten der Ärzteschaft erachtet sie eine vollständige oder teilweise Mitbeteiligung der Patienten – entsprechend ihren Lohnklassen – als notwendig, um ein sinnvolles Hygieneverhalten im Namen der persönlichen Verantwortung und Vorsorge zu fördern.¹¹

Stark beeinflusst durch die *Allianz* verabschiedet der Ständerat eine Neuformulierung für das Gegenprojekt des Bundesrats. Dieses bestimmt künftig, dass die Krankenkassen «Prophylaxeleistungen im generellen Sinn» garantieren, und stuft somit die Vorsorge gegen alle Arten von Erkrankungen als ein Versicherungsobjekt ein, ebenso wie die Leistungen im Falle «von Krankheit, inklusive bestimmte Zahnerkrankungen».¹² Diese Formulierung erlaubt die Einschränkung der Leistungsübernahme in einem zukünftigen Ausführungsgesetz. Dies, so Andermatt, wird es erlauben, die Sozialrechnung um ungefähr 300 Millionen Franken zu reduzieren.¹³ Während der Herbstsession 1973 melden sich einige kritische Stimmen im Nationalrat zu Wort, obwohl diese ebenso den Gedanken vertreten, Personen, die ihr Gebiss vernachlässigen, bürdeten der Allgemeinheit eine soziale Last auf. Der kommunistische Abgeordnete Armand Forel, VD, vertritt die Meinung, dass die periodischen Untersuchungen und die zahnhalterhaltenden Massnahmen, und allenfalls Zahnersatz, im Falle eines Misserfolges, kein Luxus sind und somit auf nationaler Ebene tarifiert werden sollten. Die Tarifffrage würde deshalb der wichtigste Einigungsgrund zwischen Ärzten und Zahnärzten sein.¹⁴ Gleichermassen legt die sozialistische Walliser Ständerätin Gabrielle Nanchen dar, dass das Problem mehrheitlich auf der finanziellen und nicht auf der sozialen Ebene liegt: Ärzte, Zahnärzte und Spitäler befürchten, nicht mehr über die gleichen Freiheiten bei der Rechnungsstellung zu verfügen. Die Arbeitgeberverbände protestieren gegen die zusätzlichen Soziallasten, welche durch die paritätischen Beiträge der Arbeitnehmer verursacht würden. Die Spitalmedizinischen Kreise sehen im Fall der Einführung einer obligatori-



«Mein Freund, die Gesundheit beginnt im Mund und endet in der Geldbörse».

schen Versicherung einen Überverbrauch von Leistungen durch die sozial schwächeren Bevölkerungsklassen voraus. Gemäss Nanchen hätte die Reduktion der Finanzierung einen Einbruch an zahnmedizinischen Leistungen zur Folge. Dadurch entstünden für die Sozialversicherungen entsprechend höhere Kosten.¹⁵

Ein doppelt fataler Ausgang

Das Gegenprojekt wurde erst nach langer Diskussion über die Finanzierungsart des schweizerischen Gesundheitssystems angenommen. Die Arbeitgeberverbände und ihre liberalen und freisinnigen Verbündeten lancierten, gemäss ihren ursprünglichen Standpunkten, eine doppelte Nein-Kampagne gegen die Initiative und das Bundesprojekt. Die SSO kämpfte bei ihren Mitgliedern gegen die Volksinitiative, unterstützte aber das Gegenprojekt, weil sie überzeugt war, dass dieses ihren erklärten Wunsch für eine Übernahme der Verantwortung seitens des Patienten mit einschliesst. Und Text der Vorlage sei sogar «sozialistischer als die Sozialistische Partei selbst», denn er trage nicht nur zur Eindämmung der durch die schlechten Risiken verursachten Kosten bei, sondern auch zur Beschränkung der paritätisch getragenen Sozialbeiträge.¹⁶

Nach der Ablehnung der beiden Änderungsvorlagen auf Verfassungsebene wurde die KVG von 1911 beibehalten, und die zahnärztlichen Leistungen blieben von der fakultativen Krankenkassen-Grundversicherung ausgeschlossen. 35 parlamentarische Vorstösse verlangten jedoch zwischen 1975 und 1980 Anpassungen des Leistungskataloges auf alle Arten von Erkrankungen. 1981 stellt der Bundesrat ein neues Projekt auf der Grundlage der existierenden Bestimmungen in der Ver-

fassung vor. Das Schicksal dieses Vorhabens wird Gegenstand des nächsten Artikels dieser Serie sein.

¹ Bundesblatt, 1975 I, 486.

² Bundesblatt, 1973 I, 940–986.

³ Bundesblatt, 1973 I, 1573–1582.

⁴ Siehe Elke Jakubowski/Rienhard Busse, *Les systèmes de santé dans l'UE – étude comparative (Luxembourg 1998)*; Denis-Clair Lambert, *Les systèmes de santé – analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels* (Paris 2000).

⁵ Bundesblatt, 1973 I, 961.

⁶ Bundesblatt, 1973 I, 960–961 und 974–975.

⁷ SSO Bulletin, 45, 6, 1967.

⁸ SSO Bulletin, 50, 6, 1972.

⁹ Amtliches Bulletin der Bundesversammlung – Ständerat – 25.9.1973, 528–557.

¹⁰ Bericht der eidgenössischen Fachkommission zur Überprüfung einer Neuordnung der Krankenversicherung – 11. Februar 1972.

¹¹ SSO Bulletin, 47, 2 – Lese die ausgezeichnete Zusammenfassung der allgemeinen Politik der SSO von Bernhard C. Schär: «Karies, Kulturpessimismus und KVG. Zur Geschichte der Zahnmedizin in der Schweiz», *Traverse. Zeitschrift für Geschichte*, 15, 2008, 99–116.

¹² Amtliches Bulletin der Bundesversammlung – Ständerat – 25.9.1973, 528–557.

¹³ Amtliches Bulletin der Bundesversammlung – Ständerat – 25.9.1973, 528–557.

¹⁴ Amtliches Bulletin der Bundesversammlung – Nationalrat, 26.11.1973, 1437–1438.

¹⁵ Amtliches Bulletin der Bundesversammlung – Nationalrat, 27.11.1973, 1447–1448.

¹⁶ SSO Bulletin, 52, 11, 1974.